

* Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOREGO*

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

 / /

4. Nr PESEL**

5. Inny krajowy nr identyfikacyjny**

6. Płeć (M, K)

7. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

 -

9. Miejscowość

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

* Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia - w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło, zamiast daty urodzenia - w poz. 7 wiek, zamiast adresu - w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzec danych o płci.

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: data pierwszego dodatniego badania:

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu:

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS:

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

TAK

NIE

Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

IDU

MSM,WSW

CSW

Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

kontakt homoseksualny

kontakt heteroseksualny

kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku

wertykalna

transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogenna

inna (jaka?)

Inne choroby przenoszone drogą płciową:

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis